

Advanced Nursing Practice

Akademisierung am Bett unserer Patienten

von Patrick Focken

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem Wandel, der sich auf nahezu alle unsere Lebensbereiche auswirkt. Aufgrund des demographischen Wandels wird unsere Gesellschaft immer älter. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden. Ende 2017 hatte Deutschland 3.414.378 Pflegebedürftige zu verzeichnen, Tendenz weiter steigend¹. Bereits jetzt ist ein Fachkräftemangel in unserer Branche zu verzeichnen, der sich in den kommenden Jahren zuspitzen wird. Gleichzeitig werden unsere Behandlungsmethoden, sowohl auf medizinischer als auch auf pflegerischer Ebene immer vielfältiger. Unter anderem auch, weil in der Pflegeforschung stetig neue Erkenntnisse generiert werden, die ihren Weg von der Theorie in die Praxis finden müssen. Die Folgen dieser Entwicklungen sind ein komplexer werdendes pflegerisches Handlungsfeld, ein anhaltender und zunehmender Fachkräftemangel und ein Anstieg von Pflegebedürftigen mit zunehmenden Multimorbiditäten. Dies stellt uns in unserem Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Wie schaffen wir es in unserer Gesellschaft und speziell in unserem Klinikum diese Aufgaben unter Erhalt und Verbesserung der Versorgungsqualität zu bewältigen?

Eine Antwort ist in Anlehnung an internationale Berufsbilder die Erweiterung des pflegerischen Profils um eine weitere Rolle: die Advanced Practice Nurse auf Master-Niveau. Der International Council of Nurses (ICN) versteht unter ANP „... eine registrierte Pflegefachperson, welche sich Expertenwesen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte und vertiefte Praxis angeeignet hat.“² Dadurch soll die Akademisierung in die direkte Patientenversorgung, also ans Bett gebracht werden. Nachdem ich 2017 meine Fachweiterbildung in Hamburg beendet habe, hat es mich Ende 2018 wieder nach Hamburg gezogen. Diesmal an die Hochschule für angewandte Wissenschaften für ein berufsbegleitendes Studium, um eben diesen Schritt der Akademisierung zu gehen. Ich werde nun oft gefragt: „Und was kannst du dann besser?“ Die Antwort: „Nichts.“ Ich bekomme durch das Studium keine *besseren* Kompetenzen, sondern *erweitere* meine Kompetenzen, indem ich mich spezialisiere. Wie sieht das konkret aus? Das Studium dauert 2 Jahre und schließt mit einem Master of Science in Pflege ab. Vor vornherein ist man durch seine berufliche Beheimatung schon „vorspezialisiert“. Unsere Kohorte, so nennt man den aktuellen Jahrgang der Studierenden, besteht zwar hauptsächlich aus Intensivpflegekräften, doch wir haben auch Kollegen aus der Onkologie, Geriatrie, HNO und Augenheilkunde dabei. Neben einer weiteren Spezialisierung auf ein bestimmtes pflegerisches Handlungsfeld unseres jeweiligen Fachbereichs, erlangen wir durch verschiedene Module weitere und vertiefte Kompetenzen. Themen dieser Module sind u.a.

¹ vgl. Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse 2017, Statistisches Bundesamt, 2017

² vgl. International Council of Nurses (2002): Definition and characteristics for nurse practitioner/ advanced practice nursing roles. June. PH/2002. Zugegriffen: 06. März 2017

Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaft und -forschung und Change-Management. Die dadurch erlernten Fähig- und Fertigkeiten dienen dazu, Forschungsstudien richtig zu lesen, zu bewerten und die Ergebnisse in unseren Versorgungsalltag zu integrieren. Wir werden ebenso befähigt selber zu forschen, indem wir in quantitativer und qualitativer Forschung unterrichtet werden. Genauso erweitern wir unsere Kompetenzen in der klinischen Entscheidungsfindung. Wir lernen Assessmentinstrumente anhand von Gütekriterien zu bewerten. Wir werden in körperliche Untersuchungsmethoden ausgebildet, sodass wir hinterher befähigt sind Patienten mit Hilfe von Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation zu untersuchen. Ebenso dient das Studium der Vernetzung, sowohl national als auch international. Eine Modulleistung sieht hierfür die Organisation einer Fachtagung vor. Im Mai fahren wir zudem drei Tage nach Utrecht in den Niederlanden, um an einem internationalen ANP-Treffen teilzunehmen.

Doch wozu benötige ich dies alles für mein späteres pflegerisches Handeln? Hierzu ein Beispiel aus meinem Fachbereich, der Intensivpflege: Die Anzahl der Behandlungsfälle auf Intensivstationen haben sich von 2002 bis 2010 von 148.989 auf 2.049.888 erhöht³. Durch die Zunahme der zu behandelnden Patienten erhöhen sich ebenso die Risiken von Neben- und Begleiterkrankungen, wie u.a. das Delir. 48 - 80% aller Intensivpatienten haben ein erhöhtes Risiko ein Delir zu entwickeln. Die Folgen sind u.a. ein verlängerter Krankenhausaufenthalt, eine erhöhte Mortalität und eine verminderte kognitive Rehabilitation. Dadurch steigen wiederum die Krankenhauskosten bzw. die Kosten des Gesundheitssystems⁴. Es gibt zum Delir zahlreiche Einschätzungsinstrumente, um ein Risiko frühzeitig zu erkennen. Genauso zahlreiche pflegerische Möglichkeiten gibt es, ein Delir zu verhindern oder auch zu behandeln. Hat ein Patient ein Delir entwickelt, erhält er nach aktuellen Leitlinien bedarfsadaptiert ein Benzodiazepin. Doch leider stellt diese Substanzgruppe ebenso einen Risikofaktor für ein Delir dar. Ist es also erst einmal dazu gekommen, ist die medikamentöse Behandlung für den Patienten ebenso hilfreich, wie risikogefährdend. Dies zeigt, wie wichtig ist es, es gar nicht erst so weit kommen zu lassen. Die Pflege ist jedoch in der Lage jede einzelne pflegerische Handlung auf die Delirproblematik anzuwenden und ihr Handeln anzupassen. Doch dafür bedarf es einer Spezialisierung. Um hier das Maximum an pflegerischer Versorgungsqualität rauszuholen, müssen alle Empfehlungen, Leitlinien, Standards, Einschätzungs- und Behandlungsmöglichkeiten bekannt sein. Zumal stetig neue Erkenntnisse durch die Pflegeforschung generiert werden. Genauso müssen Kollegen, wie auch Angehörige darüber informiert, geschult, beraten und angeleitet werden. Und dabei ist dies nur ein Handlungsfeld von Vielen. Die Vielzahl an pflegerischen Tätigkeitsfeldern (Ernährung, Ethik, Mobilisation, Diabetes, Chronische Wunden, COPD, Beatmung/ Weaning usw.) macht es für die einzelne Pflegekraft fast unmöglich, das gesamte Handlungsfeld zu kennen und zu beherrschen. Dafür bedarf es einer Spezialisierung in den jeweiligen Bereichen, die durch die Advanced Practice Nurse gegeben ist. ANP bedeutet also nicht, weg vom Bett. Es

³ vgl. Isfort M, Weidner F, Gehlen D (2012) Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln, letzter Zugriff 21.01.2019

⁴ vgl. Millbrandt E. B. et al. 2004. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine* 32, pp. 955-962

bedeutet viel mehr spezialisierte Pflege ans Bett, an den Patienten und darüber hinaus zu bringen.

Damit sich das Rollenprofil flächendeckend in unserem pflegerischen Alltag etablieren kann, benötigen wir jedoch ebenso eine gemeinsame und interprofessionelle Diskussion zur Um- und Neuverteilung von vorhandenen Ressourcen und Verantwortlichkeiten. Das europäische Regionalbüro der WHO fordert in ihren *Strategischen Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020*: „Das Potenzial und die Ressourcen dieser Berufsgruppe umfassend auszuschöpfen, um sicherzustellen, dass die Versorgungskontinuität im Gesundheitswesen aufrechterhalten werden kann.“⁵ Immer noch herrschen in vielen Krankenhäusern und Kliniken, auch zum Teil bei uns inzwischen veraltete Strukturen und Abläufe. Um das Maximum an Versorgungsqualität für unsere Patienten zu gewährleisten, benötigen wir dringend eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe, bei der alle am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen ihre Expertise einbringen. Es ist nicht mehr zeitgemäß, dass die Schwester dem Doktor in der Visite hinterherläuft und nur antwortet, wenn sie gefragt wird. Dafür muss die Pflege jedoch als eigenständige Profession gesehen und verstanden werden. Durch die Einführung von Pflegenden mit Masterabschluss, die ebenso in der direkten Versorgung unserer Patienten, als auch auf fachlich leitender Ebene tätig sind, gehen wir einen Schritt in diese Richtung und untermauern die Bedeutung unseres pflegerischen Handelns.

⁵ vgl. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WHO) (2015) Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/303320/WHO_Health_2020_ger_for_web.pdf?ua=1. Zugegriffen: 15. Jan. 2017